CHAPITRE 12 : PSYCHIATRIE

1. Particularités de l'examen psychiatrique :

- La sémiologie psychiatrique se réalise lors de **tout entretien**. Elle doit comprendre une attention à la présentation du malade, à son discours, ses émotions, son humeur, son sommeil, au retentissement de sa maladie.
- L'examen psychiatrique doit être systématique. Il devra être détaillé si la problématique de consultation relève du domaine mental ou en cas de suspicion.

ATTENTION : Devant tout tableau psychiatrique, il faut **évoquer systématiquement les causes non-psychiatriques et toxiques** (consommation de substances et/ou sevrage).

- La nosographie psychiatrique suit un **modèle catégoriel**.
- Chaque entité (trouble) est définie par des critères :
  - **Sémiologiques** : symptômes décrits par le patient, signes constatés par le médecin, souvent regroupés en syndromes (ex : syndrome anxieux (Sdd 116), syndrome dépressif (Sdd 123).
  - **De retentissement psychosocial** : conséquences du trouble, détresse subjective ou altération du fonctionnement social ?
  - **D'évolution**.

- L'examen psychiatrique a souvent une importance thérapeutique : La relation nouée lors de l'entretien initial engage la qualité de la prise en charge.

2. Conditions de l'examen psychiatrique :

- **Être attentif** au contenu de l'entretien et au **contexte**.
- **Recueillir l'histoire de vie du patient** : Événements de vie, environnement social, antécédents psychiatriques personnels et familiaux, histoire des symptômes et contexte de leur apparition, notion de conduites auto-agressives ou hétéro-agressives.
- **Déroulement** de l'entretien : difficultés d'expression, appréhension du jugement, méfiance, crainte des conséquences, etc.
- **Mettre en confiance** le patient : discrétion, lieu calme, empathie, neutralité.
- Laisser un **temps d'expression spontanée**.
- Être attentif à ses propres émotions qui peuvent fausser le jugement clinique (irritabilité, peur…)
- **Éviter la surinterprétation** et les inférences causales.
- Tenir compte du **contenu du discours** (ce que le patient dit), mais aussi de la **forme du discours** (organisation de la pensée), des **signes physiques** (allure, psychomotricité, expressivité du visage).

SÉMIOLOGIE ANALYTIQUE

Symptôme – Syndrome – Le trouble

- Les symptômes (expérience, attitudes, conduites) psychiatriques ne sont pas spécifiques d'un diagnostic.
- Préférer les termes d'**altération** ou de **perturbation** que de « trouble » ici.
- Trouble sera utilisé dans le cadre du trouble mental.
- En effet, on distingue *trois niveaux logiques* :
  1. **Le symptôme** : signe clinique unique ;
  2. **Le syndrome** : **ensemble** de symptômes formant une **entité** clinique ;
  3. **Le trouble** : syndrome associé à des critères **d'évolution temporelle** et de **répercussions** psychosociales.
- **L'évolution temporelle** des symptômes est un élément important.
- Il faut recueillir l'ordre d'apparition des symptômes, la temporalité d'installation (brutale, à bas bruit…) et leur durée.
- Exemple : une irritabilité depuis trois semaines peut évoquer un trouble thymique (épisode dépressif - Sdd 123) alors que si elle évolue depuis plusieurs années et est apparue au cours de l'adolescence, elle peut évoquer un trouble de la personnalité (borderline).

Présentation et contact

- Présentation et contact font partie du **comportement**.
1. **Apparence** :
   - Tenue vestimentaire : excentricités, appropriée (à la saison) ou au contraire extravagante, bizarre, inadaptée.
   - Coiffure et maquillage.
   - Hygiène corporelle : incurie.
2. **Mimique** :
   - RÉDUCTION : **hypomimie** (= mouvements des traits du visage faibles, lents), **hébétude** (dans l'état confusionnel, Sdd 119) désorientation, **oméga mélancolique** (= les plis du front dessinent un oméga au-dessus du nez) voire **amimie** (= masque figé et immobile).
   - EXAGÉRATION : **hypermimie** (= mobilité excessive des traits du visage).
   - Discordante avec le contenu psychoaffectif :
     - **Rires immotivés.**
     - **Paramimies** (= mimiques inappropriées, ex : sourire en décrivant une liste de souffrances).
     - **Échomimies** (= reproduction des mimiques de l'examinateur).

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td></td><td colspan="3">3. <u>Activité psychomotrice globale</u> :
• Peut-être ralentie, accélérée ou inadaptée.
• Inadaptée : exemple de répétition de gestes simples (stéréotypies gestuelles) ou plus complexes (mouvements compulsifs – Sdd 136).
4. <u>Attitude</u> :
• Il s’agit de la position affective du patient en relation avec autrui. Elle peut être coopérative, séductrice, hostile, puérile, arrogante (insolent, hautain), irritable (qui s’impatiente), théâtrale (spectaculaire, manquant de naturel), méfiante…</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Langage, discours, pensée</td><td colspan="3">Porter l’attention sur le contenu (pensée et idées exprimées) ET sur la forme (dynamique du discours, rythme, sémantique, grammaire, voix).</td></tr>
<tr><td>Forme et dynamique du langage (Sdd 134)</td><td colspan="2">- Discours peut être accéléré (tachyphémie) ou ralenti (bradyphémie). Également pour le cours de la pensée (tachypsychie, bradypsychie).
- Continuité du langage et de la pensée peut également être atteinte (Sdd 134) : discours incohérent avec coq-à-l’âne, pensée diffluente, barrages (arrêt brusque du discours)…</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Contenu du discours et de la pensée</td><td colspan="2">- Idées anxieuses (Sdd 116)
- Idées obsédantes (obsessionnelles) (Sdd 136) : idées qui s’imposent au sujet (pensées intrusives, récurrentes, désagréables, reconnues comme inappropriées par le patient)
- Idées liées à l’humeur
- Humeur triste (Sdd 123) : pensées de culpabilité, de regret, d’autodépréciation/dévalorisation, idées morbides, idées de mort, idées suicidaires, ruminations.
- Humeur expansive (Sdd 125) : Exaltation de l’humeur (idées de grandeur, optimisme exagéré).
- Idées délirantes
- Le <u>DSM-5</u> définit une idée délirante comme :
• Une croyance erronée.
• Fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure.
• Fermement soutenue en dépit de l’opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire.
- L’idée délirante est caractérisée selon l’acronyme <u>TOMATE</u>, détaillé ci-après :
• Thème.
• Organisation.
• Mécanisme.
• Adhésion.
• Type (paranoïde ou paranoïaque).
• Étendue (durée).</td></tr>
<tr><td>TOMATE</td><td>1 - <u>Thèmes</u>
- Mégalomanie/grandeur : conviction délirante de son importance, de son pouvoir, de son savoir, de son identité.
- Mystique : thème religieux.
- Filiation : conviction d’avoir des ascendants illustres.
- Somatique (hypocondrie délirante) : conviction d’être atteint d’un mal incurable, ou que le fonctionnement du corps est altéré.
- Délire mélancolique (mélancolie délirante) (Sdd 124) : auto-accusations délirantes, idées de ruine, d’indignité, négation d’organes (syndrome de Cotard).
- Persécution/préjudice : conviction d’être attaqué, harcelé, trompé, espionné, persécuté ou victime d’une conspiration, d’une machination/idée délirante d’être raillé, négligé ou maltraité par d’autres.
- Idée d’influence : conviction d’être sous l’emprise d’une force extérieure qui peut diriger en partie les pensées et les actes (souvent associée à l’automatisme mental).
- Idée de référence : conviction que certains éléments de l’environnement externe du sujet ont une signification personnelle et inhabituelle.</td></tr>
</table>

				- **Les délires passionnels** (Sdd 124) : • Érotomanie ou illusion délirante d'être aimé. • Délire de jalousie : jalousie maladive avec interprétation délirante de tous les détails pouvant nourrir la jalousie. • Délires de revendication : « inventeurs méconnus » qui cherchent à obtenir la reconnaissance que la société leur refuse, « quérulents processifs » qui multiplient les procédures judiciaires (accompagne l'idée d'un préjudice), « idéalistes passionnés » qui cherchent à transmettre leurs convictions. 2 - ***O**rganisation (extension et systématisation)* - *Degré d'extension* : **limitées à un secteur** ou **en réseau** (les idées délirantes envahissent toute la vie psychique, affective ou relationnelle). - *Systématisation :* cohérence et organisation des idées délirantes : • Délire **paranoïde** = idées délirantes non systématisées, sans cohérence ni lien logique, à thèmes multiples. • Délire **paranoïaque** = idées délirantes systématisées, à thème unique (persécution, jalousie, érotomanie), avec une logique interne (cohérence pouvant convaincre l'auditeur). 3 - ***M**écanisme* - **Interprétatif** : l'objet de la perception existe réellement, a été perçu et identifié sans erreur, mais est considéré de façon erronée. Tous les faits (réels) possèdent une signification particulière : il n'y a plus de hasard dans la vie du sujet. Souvent associé à des thèmes de persécution ou de préjudice. - **Hallucinatoire** : l'idée délirante s'appuie sur une hallucination (Sdd 122). - **Intuitif** : idée (fausse) admise sans vérification ni raisonnement logique, en dehors de faits réels (différence avec l'interprétation) ou de données sensorielles (différence avec l'hallucination). - **Imaginatif** : confabulation plus ou moins fantastique. 4 - ***A**dhésion, participation émotionnelle et comportementale* - Peut adhérer complètement aux idées délirantes (aucune critique possible) ou bien critiquer partiellement les idées. - Idées délirantes peuvent être associées à une anxiété, des pensées suicidaires, des passages à l'acte auto-agressif (suicide) ou hétéro-agressif (agression d'autrui). 5 - ***T**ype* - Paranoïde, paranoïaque. 6 - ***É**tendue - Durée*
	Perceptions	***Perceptions sensorielles***		- Les perturbations des cinq sens sont soit : • Des **hypoesthésies** sensorielles : hyposensibilité. • Des **hyperesthésies** : hypersensibilité au tact, aux sons, aux odeurs, etc. • Des **illusions** : perceptions déformées d'un objet réel. • Des **hallucinations** (Sdd 122). - Les hallucinations sont des perceptions (agréables ou désagréables) sans objet pouvant être : • **Auditives** (simples sons ou musique) ou plus souvent acoustico-verbales (entendre des voix). Les voix parlent à la deuxième personne ou conversent entre elles et parlent du sujet à la troisième personne. Elles peuvent être injurieuses, communiquer des informations délirantes, ou décrire et commenter les actes du sujet. Les **attitudes d'écoute**, les moyens de protection (coton dans les oreilles), les mouvements

			d'acquiescement, les conversations avec les voix (qui apparaissent comme un soliloque), peuvent être des comportements révélateurs (Sdd 133). • **Visuelles** : simples comme des photopsies (lueurs, flammes) ou complexes (figures, scènes, dessins, animaux). • **Olfactives** (sentir des odeurs absentes, souvent nauséabondes), **gustatives** (percevoir un goût insolite des aliments). • **Tactiles** : concernent les sensations superficielles (brûlure, froid, picotement). Ex : **syndrome d'Ekbom** (délire d'infestation parasitaire) avec sensation de grouillement sous-cutané. • **Cénesthésiques** : concernent la sensibilité profonde (membres ou organes modifiés, remplacés par un objet). Ex : syndrome de Cotard avec sensation d'un organe absent ou mort. Les hallucinations cénesthésiques sont volontiers génitales (sensations de viol à distance, d'orgasme par présence d'un récepteur d'ondes).
		Perceptions psychiques	- **Hallucinations intrapsychiques** : perte de l'intimité psychique (Sdd 122). Les actes et les pensées sont <u>commentés par des voix</u> intérieures, ou imposés, divulgués, devinés, volés. Dans le <u>phénomène d'écho de la pensée</u>, le sujet entend ses propres pensées répétées à voix haute, comme renvoyées par un écho. - **Automatisme mental** : Activité automatique et spontanée d'une partie du psychisme, qui entraine chez le patient la conviction délirante de ne plus être maitre de ses pensées. Associé à des hallucinations intrapsychiques comme le vol et le devinement de la pensée par autrui (le sujet a l'impression que ses pensées ne lui appartiennent plus parce que d'autres y participent et savent ce qu'il pense), les commentaires de la pensée et des actes, les échos de la pensée (les pensées sont répétées). L'automatisme mental peut aller jusqu'à des mouvements et sensations imposées (Exemple : « Quelqu'un m'a fait me lever »). Le patient a la conviction délirante qu'une force extérieure agit et contrôle ses actes. - La **dissociation** est une expérience d'étrangeté : • De la **perception du monde = déréalisation** : impression d'être comme un observateur détaché de la réalité, sensation que l'environnement est devenu bizarre ou irréel, qu'il a perdu sa familiarité. • Et/ou **de soi-même = dépersonnalisation** : perte du sentiment d'identité, ou de familiarité avec soi-même : impression d'être observateur de son propre fonctionnement mental, sensation d'être à l'extérieur de son corps. (Attention : dissociation ≠ « syndrome dissociatif » qui est l'ancienne appellation du « syndrome de désorganisation » dans la schizophrénie.)
	Attention et mémoire	**Troubles de l'attention** (Sdd 129)	**- Diminuée** : difficulté de concentration ou attention facilement distraite (distractibilité). - **Accrue** : focalisation excessive avec hypervigilance (le patient est sans cesse sur ses gardes), polarisation idéique sur des thèmes anxiogènes, pessimistes ou délirants.
		Mémoire (Sdd 131)	- Mémoire à court terme (oubli, erreur, perte) ou épisodique à long terme (amnésie, paramnésie ou illusion de mémoire). Les amnésies peuvent être sélectives ou globales. - Paramnésie de localisation : souvenir exact, mais mal localisé dans le temps ou dans l'espace. - Paramnésie de reconnaissances : illusion du déjà vu : sensation (étrange) d'avoir déjà été témoin ou d'avoir déjà vécu une situation présente.
	Domaine des affects : émotions, humeur, anxiété, motivation	**Émotions**	- Les émotions sont des réponses affectives immédiates à un stimulus. Elles sont décrites selon : • Leur <u>*valence*</u> : positive (la joie, l'euphorie) ou négative (la peur, la tristesse, le dégoût, la colère, la honte). • Leur <u>*intensité*</u> : ○ Augmentée : **hyperesthésie affective**, tension interne. ○ Diminuée : selon le degré on parlera **d'émoussement affectif** ou d'abrasion des affects (= restriction de l'affectivité), **d'anesthésie affective** (= incapacité, souvent douloureuse, à éprouver des émotions).

			- L'**anhédonie** est la perte de capacité à éprouver du plaisir ou des émotions positives lors de situations de vie considérées antérieurement comme plaisantes. - Les émotions peuvent être adaptées (concordantes avec les idées, pensées, discours) ou discordantes avec le contenu psychoaffectif (émotions inappropriées, paradoxales, imprévisibles, ambivalentes), labiles (fluctuation rapide des réactions, adaptées ou pas).
		Humeur	- L'humeur est la tonalité émotionnelle globale et durable qui colore la perception du monde : • Normale : **euthymie** (sans euphorie ni dépression). • Diminuée : **hypothymie** douloureuse, **humeur dépressive** (Sd 123). • L'**athymie** est une humeur indifférente, neutre, atone (absence de tout affect). • Augmentée : **hyperthymie** avec élation de l'humeur, euphorie qui peut être expansive. L'**hypersyntonie** (Sdd 125) est une hypersensibilité au contexte qui accompagne volontiers l'hyperthymie. - L'humeur peut être labile, versatile (changements émotionnels rapides, variations rapides de l'expression affective entre euphorie et dépression) ; cyclique (variations émotionnelles lente), irritable (la personne est facilement contrariée et se met aisément en colère).
		Anxiété	- L'anxiété (Sdd 116) est un **sentiment d'insécurité, de tension, de malaise, d'appréhension**, face à un danger indéterminé, une peur sans danger réel. Pathologique quand elle est excessive. - Elle comprend des inquiétudes persistantes mal contrôlées : • Soucis et préoccupations excessives ; • Remémoration d'un événement stressant (reviviscences, flash-backs) ; • Crainte… de faire une attaque de panique. - **L'anxiété anticipatoire** est un sentiment qui marque l'attente de la survenue d'un événement. - Peut être associée à : douleur physique, hyperréactivité neurovégétative, signes physiques sympathiques, hypervigilance. - **Phobie** : anxiété déclenchée par une situation ou un objet précis.
		Motivation	- **L'aboulie ou avolition** = incapacité de débuter une action, bien que le sujet en ait l'idée. L'exécution d'un acte, même insignifiant, coûte un effort démesuré. - **L'apragmatisme** = incapacité à planifier et exécuter complètement une action nécessitant une certaine coordination, bien que le patient puisse la débuter (en l'absence d'une apraxie neurologique). - **L'apathie** = association d'un émoussement affectif avec une perte de motivation. - **Le craving** = envie extrême d'un comportement (ex : une substance).
	Fonctions physiologiques (instinctuelles)	***Éveil et sommeil***	- L'**hypoéveil** : somnolence, confusion, obnubilation. - L'**hyperéveil** : état de vigilance anxieuse. - L'**asthénie** : état de fatigue qui n'est pas expliqué par un déséquilibre entre l'activité et le repos. - Le sommeil (Sdd 135) : Altération en qualité (**cauchemars, somnambulisme, terreurs nocturnes**) et/ou en quantité (**hypersomnie, insomnie** qui s'accompagne ou non d'asthénie).
		Alimentation (Sdd 132)	- Anorexie : attention anorexie (= perte de l'appétit entrainant un amaigrissement involontaire) ≠ **anorexie mentale** (= restriction volontaire de l'alimentation). - **Hyperphagie**. - **Accès boulimiques** : besoin impérieux d'absorber une grande quantité de nourriture, suivi souvent d'un sentiment de culpabilité et de comportements visant à limiter la prise de poids. - **Potomanie** = besoin irrépressible de boire constamment.
		Sexualité (Sdd 63)	- Baisse ou augmentation du désir, de l'intérêt et de l'excitation sexuelle ; aversion pour les activités sexuelles. - Perturbations de la réalisation des actes sexuels (**dysérection, dyspareunie**). - Perturbations de l'orgasme (**éjaculation prématurée ou retardée**).

		Système neurovégétatif	Des signes physiques sympathiques peuvent accompagner les états d'anxiété : palpitations, tachycardie, tachypnée, gêne thoracique, sensation d'étouffement, de souffle coupé, nausées, diarrhées, vertiges, lipothymies, paresthésies, tremblements, secousses musculaires, frissons, hypersudation, bouffées de chaleur…
	Comportements et conduites		Les conduites : - **Évitement** : comportements de sécurité face à une situation anxiogène. - **Compulsions** : répétitions ritualisées avec ou sans caractère magique (vérifications, lavage, conjuration) qui tendent à diminuer l'anxiété. Elles accompagnent volontiers les idées obsessionnelles. - De **retrait/repli social.** - **À risque** : provocation, hostilité, agression d'autrui, destruction, vol, allumage d'incendies, violation des règles, atteintes aux mœurs, consommation de substances dangereuses. Le passage à l'acte est une conduite impulsive, souvent auto- ou hétéro-agressive → Principal trouble des conduites sociales. - **Bizarres** : actes insolites, étranges, hermétiques, imprévisibles, errance, voyage pathologique. - **Suicidaires.** - **Addictives** : comportement (consommation d'une substance, activité) dont l'usage échappe au contrôle et qui persiste malgré des conséquences négatives (Sd 136). ***Définition de l'addiction par Goodman (1990)*** Processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour **produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur**, est utilisé sous un mode caractérisé par : 1. **L'échec répété dans le contrôle** de ce comportement (impuissance). 2. La **persistance** de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives significatives.
	Jugement et conscience du trouble		- **Le jugement** fait partie des fonctions cognitives exécutives. Il peut être : facilité à l'excès ou diminué (de l'indécision jusqu'à la carence de jugement) ou alors altéré, distordu (pensée illogique, pseudo-logique, interprétation erronée). - La **planification** peut être perturbée (voir Motivation) : aboulie, apragmatisme, indécision et difficulté d'organisation. À l'inverse, l'**impulsivité** se traduit par des actes non mentalisés. **Raptus** = impulsion très brusque. - **La conscience du trouble** (insight) peut être perturbée. - L'anosognosie est l'absence totale de conscience des troubles. - Attention : la conscience du trouble est un des critères pour **l'adhésion du patient à la prise en charge.**
	Personnalité		- La **personnalité** est un **ensemble de particularités psychologiques** profondément **ancrées dans un individu**, largement **inconscientes et difficilement modifiables**, qui s'exprime dans pratiquement **tous les aspects du fonctionnement mental** (cognition, affectivité, relations interpersonnelles, contrôle des impulsions) et dans une large gamme de **contextes** (familial, social, professionnel). - Un **trait de personnalité** est une **tendance (une disposition)** à ressentir, percevoir, se comporter et penser, qui apparait relativement **stable dans le temps**. Ainsi, les traits sont plus stables que les symptômes, mais ne s'observent en tant que tels qu'à distance d'un épisode symptomatique. C'est donc plutôt dans le suivi au long cours des patients, ou en considérant le passé, éventuellement avec l'aide de tiers, que l'on peut se faire une idée de la personnalité. - Les traits de personnalité sont à la fois **hérités biologiquement (tempérament**) et issus des expériences précoces et de **l'apprentissage social (caractère**). Les traits de personnalité ne constituent des troubles de personnalité que lorsqu'ils sont rigides ou inadaptés, qu'ils causent une souffrance subjective, altèrent le fonctionnement du sujet ou gênent l'entourage. - Il existe deux manières d'aborder la sémiologie de la personnalité : **catégorielle** (dominante en sémiologie actuellement) et **dimensionnelle.**
		Approche catégorielle	- Approche retenue par la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). - Elle consiste à établir, pour chaque trouble de personnalité, une liste de traits de personnalité pathologiques qui le définissent. - **Sémiologie catégorielle** : • **Paranoïaque** : méfiance généralisée à l'égard d'autrui, hypertrophie du moi, rigidité. • **Schizoïde** : absence d'intérêt pour autrui, froideur, repli social, pauvreté des affects.

			• **Schizotypique** : compétences sociales altérées, distorsions cognitives (croyances bizarres), affects pauvres ou inadéquats, tendance à la solitude. • **Antisociale (psychopathique)** : impulsivité (tendance au passage à l'acte), absence de culpabilité, incapacité à se conformer aux normes sociales (transgressions répétées, manipulations). • **Borderline (état limite)** : instabilité de l'humeur (sentiment chronique de vide, oscillations rapides entre dépression et euthymie), des relations interpersonnelles (relations intenses et instables, peur d'être abandonné) et de l'identité associée à une impulsivité marquée (automutilations, accès de colère). • **Histrionique** : labilité émotionnelle, quête affective excessive, théâtralisme, attitudes de séduction, suggestibilité. • **Narcissique** : sens grandiose de son importance, surestimation de ses capacités, volonté de puissance et de succès illimité, mépris d'autrui. • **Évitante** : inhibition relationnelle et sociale, mauvaise estime de soi, sensibilité exacerbée au jugement d'autrui. • **Dépendante** : besoin excessif d'être pris en charge, tendance à la dévalorisation, difficulté à exprimer un désaccord. • **Obsessionnelle** : méticulosité, souci de l'ordre, rigidité, perfectionnisme, scrupules, prudence excessive.
		Approche dimensionnelle	- L'approche dimensionnelle se développe de plus en plus. Elle consiste à définir la personnalité d'un individu à partir d'un certain nombre de domaines (ou traits) : chaque domaine est un continuum entre deux extrêmes (pôles). Le trait n'est plus alors binaire (présent/absent), mais se présente comme une variable continue entre deux pôles. - Le **modèle de Big Five** est le modèle le plus fréquemment utilisé. (Costa et McCrae) - Il définit la personnalité sur **cinq domaines** (mémorisables avec **l'acronyme OCEAN**) : 1. **O**uverture à l'expérience vs Fermeture. 2. **C**onsciencieusité vs Impulsivité. 3. **E**xtraversion vs Introversion. 4. **A**gréabilité vs Antagonisme. 5. **N**évrosisme vs Stabilité émotionnelle. - Chaque individu doit être systématiquement évalué sur les 5 domaines : on parlera par exemple d'un individu avec une forte ouverture, un caractère consciencieux modéré, une extraversion élevée, une faible agréabilité et un faible névrotisme.
DES SYMPTÔMES AUX SYNDROMES	- Les symptômes et les signes qui auront été repérés dans l'entretien sont associés et synthétisés en syndromes (« ensembles de signes et symptômes formant un ensemble reconnaissable). **- Actuellement, il existe six grands syndromes : Sd positif, Sd négatif, Sd de désorganisation, Sd thymiques, Sd anxieux, Sd suicidaire.** - Les trois premiers (syndrome positif, syndrome négatif et syndrome de désorganisation) définissent la schizophrénie.		
	Syndrome positif	Symptomatologie surajoutée à l'expérience vécue et aux conduites : - Dans le domaine des perceptions : **hallucinations**. - Dans le domaine de la pensée : **idées délirantes**.
	Syndrome négatif	Appauvrissement de la vie psychique dans tous les domaines : - **Affectif** : émoussement affectif, athymhormie (indifférence affective), amimie. - **Cognitif** : pauvreté du discours, alogie, anidéisme, altération de la mémoire et de l'attention. - **Comportemental** : apragmatisme, incurie, clinophilie, aboulie, repli social.
	Syndrome de désorganisation (ou discordance)	**= Perte d'unité entre pensée, comportement et émotions.** - Affecte : • *Affectif* : réactions émotives **discordantes inappropriées**, **paradoxales**, **imprévisibles**, **ambivalentes**. • *Cognitif* : **dysprosodie** (Sdd 134 – trouble du rythme du langage, de l'intensité de la parole se caractérisant par la survenue de parole lente de type syllabique et monotone s'accompagnant d'une atténuation de la mélodie), **néologismes** (mots nouveaux), **paralogismes** (troubles sémantiques qui consistent à détourner le sens d'un mot ou d'une locution au profit d'une signification personnelle différente de celle qui est communément admise), **agrammatisme**, **glossolalie** (emploi d'un langage imaginaire et inventé, avec son riche vocabulaire et ses

éléments de syntaxe malformés, mais conservation de la morphologie, d'une signification, et susceptible d'être traduit), **discontinuités** (**diffluence**, **fading** (arrêt progressif des propos du patient, traduisant un évanouissement du cours de la pensée, suivi d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur une autre idée), **barrage**), **discours incohérent.**

- *Comportemental* : conduites **bizarres** (errance, voyage pathologique), tenue **vestimentaire extravagante** ou bizarre, **agitation psychomotrice** (Sdd 114), **sourires immotivés**, **paramimies**, **parakinésies**, **stéréotypies**, **maniérisme**, **préciosité**, **catatonie**.

- ***Critères diagnostiques de catatonie (DSM-5)*** *: Diagnostic retenu si au moins trois des signes retrouvés :*

- **Catalepsie** : maintien contre la gravité de postures imposées par l'examinateur.
- **Flexibilité cireuse** : résistance légère et constante à la mobilisation passive exercée par l'examinateur.
- **Stupeur** : absence d'activité psychomotrice, pas d'interaction avec l'environnement.
- **Agitation** non influencée par des stimuli externes.
- **Mutisme** : absence ou quasi-absence de réponse verbale (exclure si secondaire à une aphasie connue).
- **Négativisme** : opposition ou absence de réponse à des instructions ou à des stimuli extérieurs.
- **Maintien de posture** : maintien actif, contre la gravité, d'une posture adoptée spontanément.
- **Maniérismes** : caricatures d'actions ordinaires empreintes de bizarrerie, de solennité.
- **Stéréotypies** : mouvements non dirigés vers un but, répétitifs et anormalement fréquents.
- Expressions faciales **grimaçantes.**
- **Écholalie** : répétition des paroles de l'examinateur.
- **Échopraxie** : reproduction des mouvements de l'examinateur.

Syndrome thymiques

Syndrome dépressif

- Humeur triste (hypothymie douloureuse) (Sdd 123) qui persiste dans le temps, indépendamment des événements extérieurs, et prédomine le matin. Parfois **athymie**.

- Ralentissement psychomoteur :

- Motricité : bradykinésie, inertie, hypomimie voire amimie.
- Motivation : aboulie, apragmatisme, apathie (Sdd 117). Apathie.
- Comportement : clinophilie, incurie.
- Pensée et langage (Sdd 134) : bradypsychie, bradyphémie, voix monocorde et chuchotée, latence de réponse.
- Diminution de l'attention (Sdd 129) de la concentration et de la mémoire (Sdd 131).
- Diminution des émotions : anhédonie, émoussement affectif voire anesthésie affective.

- **Anxiété** (Sdd 116) (syndrome anxio-dépressif) avec ruminations parfois insomniantes.

- **Contenu négatif et douloureux de la pensée** : douleur morale, idées de culpabilité, de dévalorisation (autodépréciation, sentiment d'inutilité, d'incapacité, d'indignité), de mort (idées noires), suicidaires.

- Fonctions **physiologiques perturbées** : insomnie par réveils nocturnes, réveils précoces avec difficultés d'endormissement, somnolence diurne, asthénie à prédominance matinale, anorexie (parfois hyperphagie), diminution du désir sexuel (Sdd 63).

- **Plaintes somatiques** (troubles digestifs, douleurs, céphalées (Sdd 118), etc.) fréquentes, parfois au premier plan.

Syndrome maniaque

- Affects : **hyperthymie** (Sdd 125), **euphorie**, **hypersyntonie**, optimisme démesuré, hyperesthésie affective et sensorielle, **humeur versatile**, **expansive ou irritable**.

- Pensées et langage (Sdd 134) : **logorrhée, tachypsychie, tachyphémie**, fuite des idées, **coq-à-l'âne**, distractibilité, **hyperprosexie** (attention augmentée à tous les stimuli) (Sdd 129), idées de grandeur.

- Comportement (Sdd 136) : **hypermimie, accélération psychomotrice**, hyperkinésie improductive, **tasikinésie** (irrépressible envie de bouger ses membres ou de déambuler), **désinhibition** (ludisme, familiarité), maniérisme, tenue vestimentaire **extravagante**, désinhibition sociale, **conduites à risque, achats inconsidérés.**

- Fonctions physiologiques : **insomnie sans fatigue**, **anorexie** sans faim **ou hyperphagie** (Sdd 132), épuisement non ressenti, augmentation du **désir sexuel** avec désinhibition.

<table>
<tr><td rowspan="11">DU SYNDROME AU TROUBLE MENTAL</td><td>Syndrome anxieux</td><td colspan="2">- Syndrome anxieux (Sdd 116) fréquent au cours de toutes les maladies psychiatriques.
- Trouble anxieux généralisé, le trouble panique, les différentes phobies : Le syndrome anxieux est au <u>premier plan</u>.
- Le syndrome anxieux comprend :
• Émotions anxieuses : tension intérieure, inquiétude, vigilance.
• Idées (cognitions) : anxiété anticipatoire, idées obsédantes, impression de mort imminente ou de perdre la tête.
• Comportements : inhibition, évitement, rituels, objet ou personne contraphobique (= besoin de la présence d'un objet ou d'une personne pour pouvoir affronter une situation anxiogène) (Sdd 133 et 136).
• Signes physiques sympathiques : tachycardie, palpitations, sueurs, pâleur, tremblements, sécheresse buccale, pollakiurie, bouffées de chaleur, respiration haletante.
• Hypervigilance/hyperéveil.
• Douleurs (céphalées de tension (Sdd 118), tensions musculaires).
• Perturbations du sommeil, de l'attention, de la mémoire, du désir sexuel.</td></tr>
<tr><td>Syndrome suicidaire</td><td colspan="2">- Idées suicidaires : concernent le désir et la méthode de se donner la mort. Les idées peuvent être vagues ou au contraire scénarisées (lieu et moment choisis). Elles peuvent être critiquées, mises à distance, ponctuelles ou bien envahissantes.
- « Menace suicidaire » : Annonce d'un passage à l'acte imminent.
- Comportements suicidaires : recherche de moyens létaux (intoxication médicamenteuse volontaire, phlébotomie, pendaison…) ou équivalents suicidaires (prises de risque extrêmes).
- <u>Le passage à l'acte</u> peut être : effectué, interrompu par un tiers, ou avorté (stoppé par l'individu).
- Symptômes associés : symptômes des registres dépressif ou anxieux. Des comportements de départ (dons, testaments, adieux) évoquent un passage à l'acte imminent.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Dans la CIM 10 et dans le DSM-5, les entrées des classifications sont des « troubles » ou des « syndromes ». (On ne parle plus de maladie, à l'exception de la schizophrénie).</td></tr>
<tr><td>Un trouble</td><td colspan="2">- Un trouble suppose :
1. Un syndrome.
2. Des critères évolutifs : rupture avec l'état antérieur et durée des symptômes.
3. Des critères fonctionnels de répercussion psychologique et/ou sociale (notion de handicap psychique).
4. Un diagnostic différentiel : autre trouble mental, usage (ou sevrage) d'une substance psychoactive, affection somatique (examens paracliniques parfois nécessaires).
- Grandes catégories nosographiques :
• Les troubles psychotiques.
• Les troubles obsessionnels-compulsifs.
• Les troubles de l'humeur.
• Les troubles anxieux.
• Les troubles liés à des traumatismes.
• Les troubles de la personnalité…</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Quelques troubles anxieux</td><td colspan="2">- Syndrome anxieux (Sdd 116) fréquent au cours de toutes les maladies psychiatriques.
- Trouble anxieux généralisé, le trouble panique, les différentes phobies : Le syndrome anxieux est au <u>premier plan</u>.</td></tr>
<tr><td>L'attaque de panique</td><td>- Épisode d'angoisse aiguë, délimité dans le temps, avec :
• <u>Symptômes physiques</u> : dyspnée avec sensation d'étouffement, palpitations, signes neurovégétatifs, tremblements, nausées, vomissements, diarrhées, etc.
• <u>Des idées catastrophistes</u> : peur de mourir, de tomber, de devenir fou, de perdre le contrôle (+/- symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation).
• <u>Agitation ou sidération</u>.
- Les attaques de panique sont récurrentes, avec +/- anxiété anticipatoire.
- Peut se compliquer d'agoraphobie (peur des espaces découverts et de la foule) et d'hypocondrie.</td></tr>
<tr><td>Le trouble anxieux généralisé</td><td>- Syndrome anxieux durant au moins 6 mois, et concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (Ex : le travail).
- Difficultés à contrôler cette préoccupation excessive.
- Difficultés de concentration, de mémoire, fatigabilité, perturbations du sommeil.</td></tr>
</table>

		Les troubles anxieux phobiques – phobies	**- *La phobie (ou anxiété) sociale :*** peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui. Grand nombre de situations différentes possible (parler en public, manger en public, se trouver seul avec autrui, etc.). Se complique d'anxiété anticipatoire, et de conduites d'évitement. **- *Les phobies spécifiques :*** peurs irraisonnées ou excessives déclenchées par la confrontation (ou l'anticipation d'une confrontation) à un objet ou une situation spécifique (Ex : avion, animal, sang…)
		Troubles anxieux et troubles de l'adaptation	- Associent des éléments émotionnels et comportementaux des syndromes **dépressif et anxieux** (sans qu'on puisse établir un diagnostic de trouble dépressif ou de trouble anxieux). - Ce sont des **troubles réactionnels** : surviennent en réponse à un événement de vie (à l'exception du deuil qui est à classer à part) vécu comme stressant, et disparaissent dans les 6 mois après. - Les troubles de la personnalité sont un facteur favorisant (vulnérabilité personnelle).